



**Fall-Nr.:** IV 2019/249  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 11.01.2022  
**Entscheiddatum:** 12.07.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.07.2021**

**Art. 44 und 61 ATSG und Art. 28 IVG. Beweiswert eines Gutachtens.  
Bedeutung der anderslautenden Einschätzung des behandelnden  
Facharztes (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen  
vom 12. Juli 2021, IV 2019/249).**

#### **Entscheid vom 12. Juli 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Marie Löhner und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren

Geschäftsnr.

IV 2019/249

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Bruno Bauer, LL.M., SwissLegal asg.advocati,  
Kreuzackerstrasse 9, 9000 St. Gallen,

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen,** Postfach 368, 9016 St. Gallen,



**Beschwerdegegnerin,**

**Gegenstand**

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 2. September 2016 wegen Beschwerden im rechten Arm von der Schulter bis in die Fingerspitzen, Rückenschmerzen und psychischen Problemen zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an. Sie hatte zuletzt bis 30. September 2015 in einem 50%-Pensum als Kundenberaterin gearbeitet (IV-act. 1 und 9-2). Mit Bericht vom 1. Dezember 2016 stellte der behandelnde Psychiater Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), seit Jahren sowie einer Osteochondrosis intervertebralis (C3-C7) mit Begleitarthrose und Gefügelockerung der Spondylolisthese bei Osteoporose, bestehend seit Jahren. Obwohl keine Ausprägung eines typischen Symptomkomplexes gegeben sei, werde die Prognose durch posttraumatische Teilsymptomatik verschlechtert (IV-act. 15).

**A.b.** Nach Einholung von medizinischen Berichten (vgl. IV-act. 10 ff.) teilte die IV-Stelle der Versicherten am 30. Juni 2017 mit, dass sie eine polydisziplinäre Untersuchung (Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie) als notwendig erachte (IV-act. 26). Der Gutachtensauftrag wurde der medexperts AG, St. Gallen, zugeteilt (vgl. IV-act. 30).

**A.c.** Mit Gutachten vom 10. Oktober 2017 stellten die medexperts-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronische Nackenschmerzen bei Osteochondrose und foraminaler Stenose C5/6 und C6/7, Anterolisthesis C3/4 und C4/5 sowie ventrale Mikrodiskektomie, Foraminotomie und Bandscheibenprothese C5/6 und C6/7 und Cage C3/4 und C4/5 (07/2014). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie insbesondere störende Parästhesien der rechten



## St.Galler Gerichte

Hand, vorwiegend Dig. II, weniger Dig. I, III und IV sowie der Handinnenfläche rechts, mässigen Alkoholkonsum und depressive Episode (2016), gegenwärtig remittiert (IV-act. 36-39 f.). Aus neurologischer, psychiatrischer und allgemein-internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit uneingeschränkt. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten und jeglicher adaptierten Erwerbstätigkeit (leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Tätigkeiten über Kopf- und Schulterhöhe, regelhafte Rotation / Lateralflexion der HWS, ohne Heben und Tragen von schweren Gewichten, maximal 5 kg, ohne ständig einseitige Zwangshaltungen und ohne repetitiven Einsatz der rechten Hand mit kraftvollem Handeinsatz). Die reduzierte Arbeitsfähigkeit begründe sich mit einer Verlangsamung und erhöhtem Pausenbedarf aufgrund der orthopädischen Einschränkungen mit Schmerzchronifizierung (IV-act. 36-44 f.).

**A.d.** Nach Durchführung eines Assessmentgesprächs am 30. November 2017 verneinte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 4. Januar 2018 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen, da die Versicherte sich subjektiv nicht vermittlungsfähig fühlte (IV-act. 46 und 48).

**A.e.** Mit Bericht vom 23. März 2018 hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Angiologie, fest, er sehe bei der Versicherten farbduplexsonographisch einen kompletten Verschluss der Arteria ulnaris rechts, wobei er differenzialdiagnostisch davon ausgehe, dass dies wahrscheinlich bereits 1964 im Rahmen einer damaligen Schnittverletzung als kleines Mädchen aufgetreten sei. Der gemessene Druck über der Arteria ulnaris sei leicht reduziert, was angesichts des Verschlusses nicht verwundere. Es dürfe jedoch eine gute Kollateralisierung über den Arcus palmaris superficialis und profundus bestehen. Der zeitliche Verlauf, die warmen Hände, die Beschwerdecharakteristik wie auch die reguläre und symmetrische Oszillographie würden gegen eine arterielle Genese sprechen. Am ehesten könne er sich noch alternativmedizinische Massnahmen vorstellen (IV-act. 53).

**A.f.** Mit Schreiben vom 19. April 2018 merkte die Versicherte verschiedene Korrekturen am medexperts-Gutachten an und reichte zwei Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, ein (IV-act. 55).



## St.Galler Gerichte

**A.g.** Mit Bericht vom 25. Juni 2018 hielten Dr. med. Dr. nat. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, und Prof. Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, fest, die von der Versicherten berichteten Missempfindungen im Zeigefinger und weniger auch im Mittelfinger der Hand rechts seien am ehesten im Rahmen eines neuropathischen Schmerzsyndroms zu erklären. Am ehesten handle es sich um eine mikrovaskuläre Schädigung des Nervs (IV-act 61). Mit Bericht vom 27. August 2018 hielten Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_, Kantonsspital St. Gallen, Schmerzzentrum, unter anderem fest, sie hätten mit der Versicherten mögliche Therapieoptionen besprochen und eine Behandlung mit Pregabalin sowie Capsaicinsalbe initiiert (IV-act. 67).

**A.h.** Mit Stellungnahme vom 20. September 2018 hielt die RAD-Ärztin I.\_\_\_\_ fest, die nach der Begutachtung eingereichten Berichte würden keine wesentlichen neuen Erkenntnisse enthalten. Die Parästhesien an den Fingern seien den Gutachtern hinreichend bekannt gewesen und würden schon seit vielen Jahren bestehen (IV-act. 68).

**A.i.** Nach einer Verlaufskonsultation vom 25. September 2018 empfahlen die Ärzte des Schmerzzentrums eine Weiterführung der Therapie mit Pregabalin und Capsaicinsalbe sowie die Teilnahme an der PMR Gruppe zum Erlernen der Progressiven Muskelrelaxation. Weitere Termine am Schmerzzentrum seien nicht vereinbart worden (vgl. IV-act. 69).

**A.j.** Gestützt auf die gutachterlich bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 14 % und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 3. Oktober 2018 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 72).

**A.k.** Mit E-Mails vom 1. und 18. November 2018 erhob die Versicherte Einwand gegen diesen Vorbescheid und beantragte sinngemäss die Zusprache einer halben Invalidenrente (IV-act. 75 f.). Am 10. Januar und 1. Februar 2019 ergänzte die Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt B. Bauer, ihren Einwand (IV-act. 83 und 85).

**A.l.** Auf Nachfrage der IV-Stelle führte Dr. B.\_\_\_\_ mit Bericht vom 28. Februar 2019 aus, aus medizinischer Sicht stelle sich die Situation weitgehend unverändert dar.



Insbesondere Auseinandersetzungen bzw. Kontakte innerfamiliär und mit Behörden würden die Versicherte stark belasten, es gebe aber auch zeitlich begrenzte bessere Phasen. Unverändert liege die Grunddiagnose einer rezidivierenden Störung mit posttraumatischen Symptomen vor, wobei letztere nicht vollumfänglich die Diagnosekriterien einer PTSD erfüllen würden. Es bestehe eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) seit Jahren. Seinen Berichten sei eindeutig die rezidivierende depressive Störung zu entnehmen, ebenso die Umstände, welche ihn darin bestärkten, dass posttraumatische Teilsymptome bestehen würden. Letzteres zeige sich vor allem in der Beziehungsgestaltung der Versicherten. Die Schlussfolgerungen des Gutachtens könne er nicht nachvollziehen (IV-act. 88).

**A.m.** Am 30. April 2019 führte die IV-Stelle bei unverändert vorgesehener Abweisung des Leistungsgesuchs eine zweite Anhörung durch (IV-act. 91). Die Versicherte erhob am 23. Mai 2019 erneut Einwand (IV-act. 92).

**A.n.** Mit Verfügung vom 26. Juli 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, auf das medexperts-Gutachten könne abgestellt werden. Die Einschätzungen der Behandler würden nicht zu einer davon abweichenden Beurteilung führen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die Versicherte demnach zu 80 % arbeitsfähig. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (IV-act. 93).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung erhebt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Bauer, am 16. September 2019 (Postaufgabe) Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 26. Juli 2019 sei aufzuheben und ihr sei rückwirkend ab September 2016 mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung zu gewähren. Zur Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, das medexperts-Gutachten sei fehlerhaft und unvollständig, sodass nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter abgestellt werden könne (act. G1).



## St.Galler Gerichte

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2019 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, das medexperts-Gutachten sei beweiskräftig. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermöchten daran nichts zu ändern (act. G5).

**B.c.** Am 30. Oktober 2019 bewilligt die Verfahrensleitung die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung; act. G6).

**B.d.** Die Beschwerdeführerin verzichtet stillschweigend auf eine Replik (act. G7 und G8).

Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

## Erwägungen

### 1.

**1.1.** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).



**1.2.** Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierte Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 281 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 418 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen), psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 143 V 418 E. 7.2; BGE 141 V 281 E. 3.5 und E. 4.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 418, E. 6 a.E.).

**1.3.** Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

**1.4.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Das Gericht hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

**1.6.** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die klagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in



der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

**1.7.** Auf ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten ist rechtsprechungsgemäss abzustellen, wenn nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, BGE 135 V 466 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2021, 9C\_683/2020, E. 5.1.2, mit Hinweisen). Dabei handelt es sich um eine Richtlinie, die als solche mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) vereinbar ist. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte beachtet werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Entscheid des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2 mit Hinweisen). Zudem ist auch dem Umstand, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt, Rechnung zu tragen (Entscheid des Bundesgerichts vom 23. Januar 2019, 9C\_804/2018, E. 2.2 mit Hinweisen).

## **2.**

**2.1.** Die Beschwerdeführerin bringt vor, auf das medexperts-Gutachten könne sowohl aus somatischer als auch psychiatrischer Sicht nicht abgestellt werden. Nachfolgend wird deshalb geprüft, ob dem Gutachten Beweiswert zukommt.



**2.2.** Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie sei aufgrund von Beschwerden in der rechten Hand als Rechtshänderin erheblich eingeschränkt. Beispielsweise sei es ihr nicht möglich, eine Tasse mit der rechten Hand zu halten oder einen Schreiber oder eine PC-Maus mit der rechten Hand zu benutzen. Die medexperts-Gutachter seien wegen des Fehlens von Vorakten für den Zeitraum von 2010 bis zum IV-Bericht 2016 davon ausgegangen, dass die Sensibilitätsstörung der rechten Hand nicht alltagsrelevant gewesen sei. Wie sich aber aus den von der Beschwerdeführerin nachgereichten Arztberichten Dr. D.\_\_s ergebe, sei sie sehr wohl wegen der andauernden Schmerzen in der rechten Hand in Behandlung gewesen (act. G1, S. 4 f.). Diese Beschwerden würden nach wie vor bestehen.

**2.3.** Die Beschwerdeführerin wurde internistisch, orthopädisch und neurologisch gutachterlich untersucht. Aus internistischer Sicht wurde erhoben, dass weder klinisch noch labormässig ein gesundheitliches Problem bestehe. In Bezug auf die strittigen Handbeschwerden hielt die orthopädische Gutachterin fest, dass bei der Kraftmessung der Hand die Beschwerdeführerin rechts 14 kg, links 10 kg erzielt habe. Bis auf die Hyposensibilitätsstörung D I bis III der Hand rechts hätten sich im Bereich der oberen Extremitäten keine Auffälligkeiten gefunden. Zum Röntgenbefund der beiden Hände schrieb die Gutachterin, dass fortgeschrittene Arthrosen der DIP II beidseits und geringer ausgeprägt auch DIP des Mittelfingers rechts mehr als links bestünden, ansonsten aber keine höhergradigen degenerativen Veränderungen der Gelenke. Weder für eine rheumatische Grunderkrankung, eine Fraktur noch tumoröse oder entzündliche Osteodestruktion fänden sich Hinweise (IV-act. 36-19 ff.). Zusammengefasst würden im Bereich der rechten Hand leichtgradige Handicaps aufgrund der fortgeschrittenen Arthrose DIP beidseits sowie des rechten DIPs des Mittelfingers bestehen. Diese könnten allenfalls bei sehr vielen Schreibarbeiten, überwiegendem Tippen, Probleme bereiten, weshalb ein repetitiver Einsatz der rechten Hand mit kraftvollem Handeinsatz zu vermeiden sei. Die orthopädisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter als auch adaptierter Tätigkeit von 20 % werde durch die persistierenden chronischen Nackenschmerzen bei Status nach ventraler Diskektomie, Foraminotomie und Implantation von Bandscheiben-Prothesen im Abschnitt HWK 5 bis 7 sowie Cages C3 bis 5 begründet (IV-act. 36-42 f.).

**2.4.** Aus neurologischer Sicht wurde erhoben, der Tonus der oberen Extremitäten sei unauffällig, die Muskulatur eutroph, die Motilität allseits intakt. Es würden keine Paresen vorliegen. Die Einzelkraftprüfung ergebe allseits einen Kraftgrad M5, insbesondere auch in der rechten Hand. Armvorhalteversuch beidseits ohne Absinken, Diadochokinese beidseits flüssig. Finger-Nase-Versuch zielsicher und metrisch. Kein



Intensions- oder Haltetremor. Muskeleigenreflexe symmetrisch mittellebhaft auslösbar. Die Sensibilität sei intakt, bis auf Angabe einer reduzierten Sensibilität auf Berührung von Dig. II sowie der Handinnenfläche rechts und in weniger ausgeprägtem Ausmass Dig. I, III und IV an der Innenseite und etwas weniger an der Aussenseite, jedoch ohne den Handrücken zu betreffen. Durch passive Bewegung des Arms könne kein besonderer Schmerz ausgelöst werden, das Adson-Manöver sei unauffällig mit weiterhin palpablem Puls. Was die störenden Parästhesien im Zeigefinger der rechten Hand sowie in Dig. I, III und Dig. IV sowie der Handinnenfläche, nicht aber dem Handrücken angehe, könnte eine Neuralgie im Anschluss an die Schädigung eines peripheren Nervens ursächlich sein. Am ehesten könnten die störenden Parästhesien noch im Rahmen eines Schmerzsyndroms im Anschluss an eine periphere sensible Denervation interpretiert werden. Diesbezüglich sei aber überraschend, dass, falls die Angaben der Beschwerdeführerin stimmen, über die ganzen zehn Jahre ihres angeblichen Leidens noch nie ein Therapieversuch mit einem hierfür geeigneten Medikament versucht worden sei. Dies stelle auch in Frage, inwiefern der Leidensdruck seitens dieser Parästhesien wirklich über die ganzen zehn Jahre im Vordergrund gestanden habe (IV-act. 36-37; vgl. IV-act. 67). Der neurologische Gutachter führte weiter aus, die Beschwerdeführerin habe eine ausgeprägte Symptomfixierung auf die Beschwerden in der rechten Hand, welche in keinem nachvollziehbaren Verhältnis zu den objektivierbaren Befunden und zu der Krankheitsgeschichte stünden. Die Selbsteinschätzung sei deutlich negativer als das, was aus rein neurologischer Sicht zu erwarten wäre. Aus neurologischer Sicht würden keine relevanten Einschränkungen bestehen. Dass die Beschwerdeführerin eine negative Sicht auf verschiedene Aspekte ihres Lebens und ihres Umfelds habe, wirke sich nachteilig auf den weiteren Krankheitsverlauf aus. Aus der Sensibilitätsstörung per se würde keine Arbeitsunfähigkeit resultieren. Es bedürfe keiner angepassten Tätigkeit. Weniger geeignet dürften gegebenenfalls Arbeiten sein, bei welchen die Beschwerdeführerin stark mit der rechten Hand körperlich zu arbeiten habe, da dort die störenden Parästhesien vielleicht vermehrt in den Vordergrund treten könnten (IV-act. 36-37 ff.).

**2.5.** Im medexperts-Gutachten setzen sich die Gutachter mit den Angaben der Beschwerdeführerin wie mit den Vorakten auseinander. Die geklagten Beschwerden werden berücksichtigt. Die medizinischen Beurteilungen sind begründet, nachvollziehbar und einleuchtend, sodass das Gutachten für die streitigen Belange umfassend ist und Beweiswert erlangt.



### 3.

**3.1.** Wie sich nachfolgend zeigt, sprechen weder die Einwände der Beschwerdeführerin noch die in den Akten liegenden Behandlerberichte gegen die gutachterlichen Feststellungen.

**3.2.** Im Bericht vom 15. Juli 2010 gab Dr. D.\_\_\_\_ die Angaben der Beschwerdeführerin wieder, wonach diese an einer Taubheit von Zeige- und Mittelfinger sowie Handrücken, inzwischen auch Ringfinger rechts leide. Wegen der Gefühlsstörung (Surren / Kribbeln) könne sie kaum schreiben und habe bei feinen manuellen Tätigkeiten, z.B. Knöpfe schliessen, Mühe. Die neurologische Fachärztin bestätigte das klinisch vermutete leichtgradige Karpaltunnelsyndrom rechts (welches am 12. November 2010 operativ behandelt wurde, vgl. IV-act. 3-4; IV-act. 56). Mit Bericht vom 23. Juni 2011 hatte Dr. D.\_\_\_\_ aufgrund der auch nach der Operation des Karpaltunnels fortbestehenden Beschwerden der Beschwerdeführerin weitere Untersuchungen der HWS empfohlen (IV-act. 57). Der Beschwerdeführerin ist deshalb insofern zuzustimmen, als sie nachweislich bereits im Jahr 2010 unter den Parästhesien in der rechten Hand litt. Indes ist das Fazit des neurologischen Gutachters, wonach diese Beschwerden nicht alltagsrelevant seien, deswegen nicht unzutreffend. Denn den Gutachtern waren die von Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte Diagnose eines leichten Karpaltunnelsyndroms sowie die im Zusammenhang damit und mit der HWS erfolgten Abklärungen und Operationen bekannt (vgl. IV-act. 36-8 f.).

**3.3.** Die Beschwerdeführerin gab gegenüber den Gutachtern an, die Beschwerden würden schon seit 15 Jahren bestehen (IV-act. 36-23; vgl. auch die ähnlichen Angaben in IV-act. 32 und 49). Bereits gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ hatte die Beschwerdeführerin geäussert, Schreiben oder feine manuelle Tätigkeiten seien für sie schwierig (IV-act. 56), machte mithin ähnliche Einschränkungen geltend wie im vorliegenden Beschwerdeverfahren (Tasse halten / PC-Maus bedienen). Trotzdem war sie von März 2002 bis September 2015 berufstätig (letzter geleisteter Arbeitstag: 26. März 2015; danach Freistellung), wobei sie insbesondere Kunden betreute, Bestellungen bearbeitete, Tankstellenshops einrichtete, Produkte präsentierte und oft leicht (bis zu 10 kg), manchmal mittelschwer (bis zu 25 kg), selten auch schwer heben und tragen musste (IV-act. 9-2 ff.). Dafür, dass ihre Arbeitsfähigkeit in dieser Zeit – namentlich also auch während der Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ bzw. deren Vorgänger – von den Beschwerden der rechten Hand beeinträchtigt worden wäre, finden sich in den Akten keinerlei Hinweise.



**3.4.** Die Kündigung erfolgte mehrere Jahre nach dem letzten Bericht Dr. D.\_\_\_s aus wirtschaftlichen, nicht aus gesundheitlichen Gründen (vgl. IV-act. 9-13). Danach meldete die Beschwerdeführerin sich bei der Arbeitslosenkasse an, suchte eine Stelle mit 80%-Pensum und gab dementsprechend an, zu 80 % vermittlungsfähig zu sein. Erst ab dem 25. Juli 2016 wurde sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. IV-act. 8). Somit ging die Beschwerdeführerin noch bis zum 25. Juli 2016 selbst davon aus, im Umfang von (mindestens) 80 % arbeitsfähig zu sein. Auch anlässlich der Begutachtung gab die Beschwerdeführerin nicht an, sie sei bereits vor dem 25. Juli 2016 arbeitsunfähig gewesen, sondern man habe ihr beim RAV "schlichtweg nicht nützlich helfen können" (IV-act. 36-34).

**3.5.** Objektivierbare Befunde, welche eine Verschlechterung der Symptomatik der rechten Hand seit 2011 (letzter im Recht liegender Bericht Dr. D.\_\_\_s), 2015 (Ende des letzten Arbeitsverhältnisses) oder 2016 (Krankschreibung nach längerer Arbeitslosigkeit) ausweisen würden, liegen nicht im Recht. Seitens des Muskelzentrums wurde im Bericht vom 25. Juni 2018 eine (seit unbestimmter Zeit bestehende) mikrovaskuläre Schädigung des Nervs als Ursache diskutiert, ein Karpaltunnel-Syndrom sowie eine zervikogene Problematik als Ursache hingegen ausgeschlossen (vgl. IV-act. 61). Im Bericht über die Erstkonsultation des Muskelzentrums vom 27. August 2018 wurde zwar gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin vermerkt, seit Verlust der Arbeitsstelle würden sich die Beschwerden intensivieren. Gleichzeitig wurde jedoch auch festgehalten, dass Ablenkung einen positiven Einfluss darauf ausüben könne (IV-act. 67-2 f.). Somatische Ursachen für eine Verschlechterung der Symptomatik finden sich jedenfalls in den Akten nicht. Dies wird auch von der RAD-Ärztin bestätigt (IV-act. 60, 68 und 89).

## 4.

**4.1.** Hinsichtlich des psychischen Gesundheitsschadens bringt die Beschwerdeführerin vor, die Beschwerden in der rechten Hand, die 2015 erfolgte Kündigung sowie die Familiengeschichte belasteten sie seit Jahren, was schliesslich in schwere psychische Beschwerden gemündet habe. Sie sei seit mehreren Jahren bei Dr. B.\_\_\_ in Behandlung. Dieser stütze seine Erkenntnisse auf langjährige Erfahrungswerte und habe seine Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung entgegen der Ansicht des psychiatrischen Gutachters sehr wohl begründet. So halte er in seinem Bericht vom 1. Dezember 2016 fest, dass ihre Konzentration und Merkfähigkeit reduziert sei, sie Ein- und Durchschlafstörungen sowie reduzierten Appetit habe und psychomotorisch unruhig, müde und erschöpft sei. Auch in seinem Bericht vom 28. Februar 2019 halte er fest, dass insbesondere Auseinandersetzungen bzw.



Kontakte innerfamiliär und mit Behörden die Beschwerdeführerin sehr stark belasten würden. Sie lasse sehr wenig Nähe zu und bevorzuge losen, vorsichtigen Kontakt. Dem psychiatrischen Teilgutachten liege lediglich ein 80-minütiges Untersuchungsgespräch zugrunde. Dass sich ihre psychischen Beschwerden in dieser kurzen Zeit nicht gleich ausgeprägt gezeigt hätten, wie in den Therapiesitzungen mit Dr. B.\_\_\_\_, möge auch daran liegen, dass zeitlich begrenzte bessere Phasen auftreten könnten (act. G1, S. 6 f.).

**4.2.** Der psychiatrische Teilgutachter hielt zum von ihm erhobenen Psychostatus fest, die Beschwerdeführerin sei im Kontaktverhalten zugewandt und offen gewesen. Auffassungsstörungen seien keine aufgefallen. Ihre Ausführungen seien detailreich gewesen. Sie sei mitteilungsbedürftig gewesen. Während des 80-minütigen Untersuchungsgesprächs sei sie stets wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen seien zu keinem Zeitpunkt aufgetreten. Das formale Denken sei kohärent gewesen. Die von der Beschwerdeführerin geäusserten Sorgen seien in Anbetracht der realen Situation adäquat gewesen. Weder anamnestisch noch bei der Untersuchung habe es Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen gegeben. Affektiv sei sie vital, aber die meiste Zeit klagsam. Die Klagsamkeit habe insbesondere ihre Kindheit, ihre Eltern, ihre Geschwister, den Staat, die Invalidenversicherung und ihr Schicksal allgemein betroffen. Sie sei verbittert und vorwurfsvoll gewesen. Sie sei zu keiner Zeit deprimiert, ängstlich, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, hoffnungslos oder affektlabil gewesen. Die gezielte Befragung nach depressiven Symptomen habe einen ungewöhnlich tiefen Wert ergeben. Die Analyse der Antworten habe ergeben, dass keine Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 vorhanden gewesen seien (keine gedrückte Stimmung, die Sorgen seien realitätskonform gewesen, kein Interessenverlust oder Freudlosigkeit, keine Verminderung des Antriebs, keine Verminderung der Konzentration oder Aufmerksamkeit, keine Schuldgefühle, kein vermindertes Selbstwertgefühl, keine Suizidgedanken, keine vegetativen Veränderungen). Insgesamt könne gegenwärtig aus psychiatrischer Sicht nicht von einem "Leiden" gesprochen werden (IV-act. 36-22 f.). Dr. B.\_\_\_\_ habe die Diagnose "rezidivierende depressive Störung, schwere Episode seit Jahren" in seinen Berichten nicht diskutiert und nicht begründet. Der Psychostatus (ärztlicher Befund) im Zeugnis vom Dezember 2016 entspreche in keiner Weise einer schweren depressiven Episode. Warum von einer rezidivierenden depressiven Störung die Rede sei, werde nicht erläutert. Die eingeleitete Behandlung (Termine alle vier Wochen) entspreche in keiner Weise der Behandlung einer schweren depressiven Störung. Auch wenn im September 2016 eine depressive Episode vorhanden gewesen wäre, sei nicht anzunehmen, dass



diese schwerer als leicht gewesen sei (IV-act. 36-23 f.). Es würden sich überhaupt keine Zeichen einer depressiven Störung zeigen. Psychisch bedingte Funktionseinschränkungen bestünden nicht (IV-act. 24).

**4.3.** Das psychiatrische Gutachten erfüllt ebenfalls die rechtlichen Anforderungen. Die vom Gutachter gemachten Ausführungen hinsichtlich des vom Behandler erhobenen Befundes, welcher nicht einer schweren depressiven Episode entsprach, und der geringen Intensität der Behandlung während der angeblich schweren depressiven Episode sind einleuchtend und schlüssig. Die vom Gutachter erhobenen Befunde sind nicht schwergradig, die Alltagsaktivitäten der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt (IV-act. 36-25) und die Behandlung adäquat (IV-act. 36-24). Aus psychiatrischer Sicht liegt bei der Beschwerdeführerin kein objektivierbarer die Leistungsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden vor.

**4.4.** Die Beschwerdeführerin zeigte die von ihr gestützt auf Dr. B.\_\_\_\_s Berichte geltend gemachten Störungen der Konzentration und der Merkfähigkeit anlässlich der Begutachtung nicht, ebenso wenig eine psychomotorische Unruhe oder Zurückhaltung im Kontakt. Betreffend Müdigkeit bzw. Ein- und Durchschlafstörungen ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin angab, aufgrund der Missempfindungen in der rechten Hand, nicht etwa wegen der depressiven Symptomatik, Mühe zu haben, zu schlafen. Durch die Einnahme von Trittico kann Abhilfe geschaffen und ein tiefer Schlaf erreicht werden. Zwar steht die Beschwerdeführerin einer dauerhaften medikamentösen Behandlung ablehnend gegenüber. Immerhin kennt sie aber Entspannungs- und Atemübungen sowie autogenes Training (vgl. IV-act. 36-28 und 36-33; vgl. auch IV-act. 67-2 f. und 69-2 f.). Nach der Rechtsprechung ist auch die Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente in der Regel eine zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung, selbst wenn die Einnahme fortdauernd erfolgen muss und mit Nebenwirkungen behaftet ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Mai 2019, 8C\_741/2018, E. 4.1). Selbst wenn die Beschwerdeführerin also unter Schlafstörungen leiden sollte und diese entgegen den gutachterlichen Ausführungen eine Auswirkung auf ihre Arbeitsfähigkeit hätten, wäre sie gehalten, durch konsequente medikamentöse Behandlung eine Besserung herbeizuführen, sofern ihre Entspannungsübungen sowie eine korrekte Schlafhygiene allein hierzu nicht ausreichen.

**4.5.** Im Gutachten wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin leicht untergewichtig sei (IV-act. 36-40). Gegenüber den Gutachtern erwähnte sie, sie sei in der Schule magersüchtig gewesen (IV-act. 36-16). Daraus und aus den Vorakten ist zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin stets – also schon vor 2016 – schlank war und dass dies den Gutachtern nicht entgangen ist. Dass der psychiatrische Gutachter



aufgrund der geltend gemachten Appetitlosigkeit keine depressive Episode diagnostiziert hat und dies nicht als Symptom einer Depression in Form eines reduzierten Appetits würdigte, ist demnach nicht zu beanstanden.

**4.6.** Die Beschwerdeführerin macht geltend, angesichts der kurzen Untersuchungsdauer anlässlich der Begutachtung im Gegensatz zur mehrjährigen Therapie beim Behandler sei auf die Erfahrungswerte Dr. B.\_\_\_s abzustellen. Daraus, dass die Beschwerdeführerin bei Dr. B.\_\_\_ schon seit Jahren in Therapie ist, kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass seine Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzung zutreffender sind als jene eines psychiatrischen Gutachters. Eine Begutachtung ist naturgemäss auf einen relativ kurzen Zeitraum begrenzt. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kommt es jedoch nicht auf die Dauer der persönlichen Untersuchung an, sondern darauf, ob das Gutachten inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C\_767/2019, E. 3.4 mit Hinweis).

**4.7.** Soweit die Beschwerdeführerin impliziert, zum Zeitpunkt der Begutachtung habe sie gerade eine bessere Phase erlebt, ist ihr entgegenzuhalten, dass sie gegenüber den Gutachtern nicht geäussert hat, es gehe ihr besser als in der Vergangenheit. Zudem beschrieb Dr. B.\_\_\_ ihren Gesundheitszustand in seinem Bericht vom 28. Februar 2019 als weitgehend unverändert (IV-act. 88-4).

**4.8.** Aus den von der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung eingereichten medizinischen Unterlagen, insbesondere aus der Stellungnahme Dr. B.\_\_\_s vom 28. Februar 2019 (IV-act. 88) ergeben sich keine wichtigen nicht rein ermessensgeprägter ärztlicher Interpretation entspringenden Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. 1.7 vorstehend). Insgesamt drängt sich eine vom Gutachten abweichende Beurteilung folglich nicht auf.

## 5.

**5.1.** Die Beschwerdeführerin bringt schliesslich vor, bei der Begutachtung sei ein allfälliges Suchtverhalten ausser Acht gelassen worden. In den Akten würden sich Hinweise auf ihren Alkoholkonsum finden. Daher sei zu prüfen, inwiefern ihr Alkoholkonsum sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (act. G1, S. 8).

**5.2.** Anlässlich der Begutachtung wurde bei der Laboranalyse unter anderem ein CDT-Wert von 0.8 festgestellt, woraus geschlossen werden konnte, dass in den Wochen vor der Untersuchung kein relevanter Alkoholkonsum stattgefunden hat (vgl. IV-act. 36-23



und 37-1). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin erfragte der psychiatrische Gutachter im Psychostatus sowohl den Alkoholkonsum als auch den Entzug des Führerscheins. Allerdings verneinte er ein Suchtleiden (IV-act. 36-24). Dasselbe wurde auch im internistischen Untersuch erhoben. Es wurde kein Foetor (IV-act. 36-26), indes ein "gewisser erhöhter C2-Konsum" festgestellt (IV-act. 36-30). Dementsprechend wurde auch ein mässiger Alkoholkonsum als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt (IV-act. 36-31). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des Alkoholkonsums der Beschwerdeführerin ist demnach nicht ausgewiesen und entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin auch nicht näher zu prüfen.

**5.3.** Zusammengefasst kann sowohl aus somatischer Sicht (vgl. E. 2 f. vorstehend) als auch aus psychiatrischer Sicht (vgl. E. 4 f. vorstehend) auf das medexperts-Gutachten abgestellt werden. Folglich ist die Beschwerdeführerin in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig unter Berücksichtigung folgender Adaptionkriterien: leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Tätigkeiten über Kopf- und Schulterhöhe, regelhafte Rotation/ Lateralflexion der HWS, ohne Heben und Tragen von schweren Gewichten, maximal 5 kg, ohne ständig einseitige Zwangshaltungen und ohne repetitiven Einsatz der rechten Hand mit kraftvollem Handeinsatz.

## 6.

**6.1.** Die Beschwerdegegnerin nimmt zur Bestimmung des Invaliditätsgrades einen Prozentvergleich vor (siehe IV-act. 70), was von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird und auch nicht zu beanstanden ist. Einen Tabellenlohnabzug macht die Beschwerdeführerin nicht geltend. Nach summarischer Prüfung erscheint dies korrekt, zumal das reduzierte Rendement der Beschwerdeführerin bereits im Rahmen der orthopädischen Begutachtung berücksichtigt wurde. Somit hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Die vorliegende Beschwerde ist somit abzuweisen.

**6.2.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegenden Angelegenheit angemessen. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr ihr aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.



**6.3.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung die Kosten der Rechtsvertretung. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter pauschal mit Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**6.4.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

- 1.** Die Beschwerde wird abgewiesen.
- 2.** Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung befreit.
- 3.** Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).